Ein Beitrag zur Lehre des akuten neurotischen Oedems.

Stanford University Library
DEC
24
1907

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Karl Beck

aus **Bonndorf.**

HEIDELBERG.

Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan:	Referent:
Prof. Dr. Kossel.	Geh. Rat Erb.

Nach der ersten Veröffentlichung Quinckes über „akutes umschriebenes Oedem“ war die Aetiologie desselben noch völlig unklar und die Hoffnung, dass vielleicht eine grössere klinische Kasuistik allmählich weitere Aufschlüsse darüber geben würde, hat sich leider nicht erfüllt. Wohl sind ausserordentlich viele kasuistische Fälle bekannt geworden und ist das Krankheitsbild genau bekannt, doch der Aetiologie ist man bisher nicht viel näher gekommen. Das Krankheitsbild wurde schon in der ersten Veröffentlichung von Quincke und seinem Schüler Dinkelacker an der Hand mehrerer Fälle genau entworfen und es wurden seit dieser Zeit eigentlich nur noch einzelne Begleiterscheinungen des Oedems, die besonders ausgeprägt waren, genauer beschrieben und zu erklären versucht. Auch therapeutisch ist man nicht viel weiter gekommen und hat die Behandlung, bei der man die Aetiologie in Betracht zog, bisher die besten Erfolge gehabt. Der vorliegende Fall zeichnet sich besonders dadurch aus, dass die Begleiterscheinungen des Oedems ausserordentlich zahlreich sind und dass Symptome vorhanden sind, die in der Literatur bisher in Zusammenhang mit dieser Krankheit noch nicht beschrieben wurden.

D. F., 34 j. Maurer aus K. Die Familienanamnese ist ohne Belang. Mit 18 Jahren hatte er Lungenentzündung. Drei Jahre lang diente er beim Militär.

Vor 7 Jahren trat ohne jede Ursache eine weisse Schwellung am rechten Fuss bis zu den Knöcheln auf. Die Schwellung war hart, nicht eindrückbar. Am Tage darauf bekam er Hitze im Rücken und Erbrechen. Zugleich hatte er Kopfschmerzen und grossen Durst. Der

Urin wurde rötlich und spärlicher. Dies alles dauerte 3 bis 4 Tage, worauf er sich wieder vollkommen gesund fühlte. Seitdem bekam er nun ein ganzes Jahr lang alle 4—6 Wochen derartige Zustände und zwar schmerzlose Schwellungen an beiden Beinen oder am rechten Fuss und linken Arm, oder am linken Fuss und rechten Arm (bis zum Ellenbogen oder bis zur Schulter). Entzündungserscheinungen waren niemals vorhanden. Jedesmal bekam er Schmerzen im ganzen Leib und Erbrechen von eben genossenen Speisen ohne frisches oder altes Blut. Dabei hatte er grossen Durst, keinen Appetit und keinen Stuhlgang. Kopfweh hatte er während der Anfälle immer. Nie hatte er Herzklopfen oder bemerkte einen Ausschlag. Ausser starkem Hitzegefühl im Rücken bestand kein Fieber. Das Bewusstsein war nie getrübt, doch fühlte er grosse Müdigkeit und Mattigkeit. Diese Anfälle dauerten durchschnittlich 3 Tage, dann fühlte er sich wieder vollständig gesund. Nachdem dies ein Jahr angedauert hatte, war er gesund bis August letzten Jahres. In dieser Zeit traten wieder dieselben Störungen auf, nur häufiger, annähernd alle 8 Tage. Der letzte Anfall war vor 3 Wochen. Schon einen Tag vorher merkt er, dass der Anfall kommt, indem sich Müdigkeit und Hitzegefühl einstellt. Am Tage darauf schwillt ein Arm oder ein Bein an (in den letzten Wochen begann es immer mit Schwellungen an den Armen). Die Extremität nimmt an Umfang 1 cm zu; die Haut behält normale Farbe. Es besteht ein solches Spannungsgefühl, dass Patient keine Faust machen kann. Brust- und Bauchhaut sind nicht geschwollen. — Vor 4 Wochen ist auch das ganze Gesicht geschwollen. Gleichzeitig traten stechende Schmerzen im ganzen Leib auf, die kontinuierlich zunehmen bis Erbrechen erfolgt, worauf er Erleichterung fühlt. 1—2 Tage lang hat er heftige Kopfschmerzen — nur in der Stirn. Kein Fieber, schlechten Appetit, Verstopfung. Der Urin ist dunkler und die Menge desselben geringer. Er ist während dieser Zeit vollständig arbeitsunfähig und muss im Bett liegen bleiben. Nach den Anfällen hat er keine Beschwerden mehr, nur fühlt er sich müde und matt.

Seit August letzten Jahres ist Pat. bedeutend abgemagert. Kein Husten, kein Auswurf. Aetiologisch liegt nichts vor: keine Lues, kein Potatorium, kein Tabaksmissbrauch, keine Malaria, keine Infektionskrankheit, keine Gemütsbewegung. Der Pat. wurde mit Arznei und Pillen für den Stuhlgang behandelt.

Status: Grosser, kräftig gebauter Mann in mittlerem Ernährungszustand.

Gesichtshaut etwas gerötet.

Pupillen normal.

Zunge feucht, etwas belegt.

Im Rachen nichts abnormes. Keine Drüsenschwellung, keine Oedeme.

Thorax gut gebaut. An der Lunge nichts abnormes. Herzgrenzen normal. Choc nicht zu fühlen. Töne durchweg rein, ohne Besonderheiten. Abdomen nicht aufgetrieben, nirgends druckempfindlich. Die Leber ist undeutlich zu fühlen. Milz nicht palpabel. Keine deutliche Vergrösserung beider Organe. Der Magen ist nicht zu palpieren, perkutorisch scheint er normal gross zu sein. Kein Plätschern, keine Druckempfindlichkeit. Im Abdomen ist nichts abnormes nachweisbar.

Nervensystem: Alle Reflexe vorhanden und normal. Sensibilität normal. Keine Muskelspannung. Urin klar, sauer, kein Eiweiss, kein Zucker.

Puls: kräftig, weich, 72 Schläge in der Minute.

Gewicht: 65,500.

13. V. Heute mittag beginnt die linke Fusssohle etwas anzuschwellen. Das Gesicht des Pat. ist gerötet. Er fühlt starke Hitze am Rücken. Ausser der leichten Schwellung an der linken Fusssohle keine Anzeichen. Zunge etwas belegt. Herzaktion regelmässig und ruhig. Im Urin kein Albumen.

Temp. 36,6. Puls 84.

14. V. morgens. Pat. hat gestern abend $^1/_2$7 Uhr zuletzt gegessen, worauf er heute 5 Uhr morgens ca. 700 cbcm meist

Flüssiges erbrach. (Er trank in der Nacht 1/4 Liter Wasser). Das Erbrochene reagiert schwach sauer und es ist darin keine freie Salzsäure nachweisbar. Sehr viel Aufstossen. Die Schmerzen sind im ganzen Abdomen hauptsächlich in der Nabelgegend lokalisiert. Kein Kopfschmerz, aber Uebelkeit. Das Gesicht des Pat. ist blaurot. Beide Füsse sind bis zu den Knöcheln ziemlich stark ödematös angelaufen und stehen im Kontrast zu den normal gebliebenen Unterschenkeln. Sehr starke breiige Stuhlentleerung. Urin klar, sauer, kein Eiweiss. Keine nervösen Symptome. Temp. 36,1. Puls 102.

Ordination: heisse Umschläge um den Leib.

Abends: Am linken Fuss ist die Schwellung schon fast ganz verschwunden. Auch am rechten Fuss weniger Oedem. Die Schmerzen im Leib wurden auf die heissen Umschläge besser, dagegen klagt er jetzt über Schmerzen an circumscripter Stelle unter dem Processus xyphoides in der Gegend des Pylorus. Atmung erschwert. Die Herzaktion ist in der Frequenz ausserordentlich wechselnd. Starkes Durstgefühl. Zunge feucht, belegt. Gesicht fieberhaft gerötet, fühlt sich nicht heiss an.

Temp. 36,0. Puls 96.

15. V. Gestern abend erbrach Pat. ca. 500 cbcm meist Flüssiges, worin keine freie Salzsäure nachweisbar war. Von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Nabelgegend. Kein Hitzegefühl. An den Füssen lassen sich noch starke Dallen eindrücken. Das Gesicht ist stark gerötet. Im Urin kein Albumen nachweisbar.

Temp. 36,3. Puls 114.

16. V. Pat. fühlt sich subjektiv ganz wohl. Guter Schlaf. Das Gesicht ist noch stark gerötet. Im rechten Arm hatte er gestern noch starkes Hitzegefühl. Der linke Fuss ist noch etwas ödematös, der rechte nicht mehr.

Temp. 36, 7. Puls 78.

17. V. Keine Oedeme mehr.

Fliegende intensive Scharlachröte im Gesicht. Die Röte kommt plötzlich und verschwindet ebenso rasch, worauf Pat. Hitze im Rücken empfindet.

Im Urin kein Eiweiss.

Temp. 36,6. Puls 90.

Bis 20. V. keine Beschwerden.

Gewicht 62,700 (— 2800).

20 V. Die Füsse des Pat. sind eiskalt. Ueber den Knöcheln fühlt sich die Haut recht warm an. Die Gesichtshaut ist wieder intensiv gerötet. Abends etwas Schmerzen über dem Nabel.

Temp. 36,5. Puls 102.

21. V. Das Gesicht wieder stark gerötet. Stechen im Leib, besonders bei Druck auf die Magengegend. Starkes Kopfweh, besonders in der Stirn. Am Rücken ist deutlich Temperaturerhöhung zu fühlen gegenüber der übrigen Körperhaut.

22. V. Heute keine Leibschmerzen. Jedoch noch geringes Kopfweh, besonders in der Stirn und Hitzegefühl auf derselben.

Temp. 36,6. Puls 90.

23. V. Keine Schwellungen. Hitzegefühl im Rücken und Kopf. Nachmittags Schmerzen im Epigastrium.

Urin kein Albumen.

Temp. 36,4. Puls 90.

24. V. morgens. Pat. klagt seit heute mittag wieder über Schmerzen im Leib unter dem Processus xiphoides. Hat viel Aufstossen und Brechneigung. Kein Kopfweh. An den Füssen sieht man deutlich die Fussarterien pulsieren.

Temp. 36,5. Puls 102.

Abends: Von mittag ab konnte Pat. nichts essen. Abends 8 Uhr Erbrechen von 1200 cbcm sauer riechender Massen. Dieselben bestanden hauptsächlich aus mittags genossener Gerste und ausserordentlich vielem Schleim. Es war darin keine freie Salzsäure und keine Milchsäure nachweisbar. Die Schmerzen hatten nach dem Erbrechen etwas nachgelassen.

Temp. 36,5. Puls 96.

25. V. Pat. klagt heute morgen über starkes Kopfweh. Konnte heute wieder etwas essen. Das stark gerötete Gesicht fühlt sich sehr heiss an. Keine Oedeme. Die Schmerzen im Epigastrium haben nachgelassen.

Temp. 36,7. Puls 90.

26. V. Pat. fühlt sich heute wieder besser. Nüchtern war der Magen leer. Eine Stunde nach dem Probefrühstück Ausheberung. Das Essen ist gut verdaut, riecht nicht abnorm. 0,0365% freie Salzsäure. 40 Gesamtacidität.

Keine Milchsäure.

26. V. Heute wieder Probefrühstück. $2^1/_2$ Stunden darnach Ausheberung: Sehr gut verdaut, fast nur Detritus, riecht nicht abnorm.

Keine reine freie Salzsäure. 90 Gesamtacidität.

Keine Milchsäure.

Temp. 37,0. Puls 96.

27. V. Die Augen tränen stark.

Temp. 36,6. Puls 90.

28. V. Keinerlei Klagen, manchmal etwas Drücken im Epigastrium.

Temp. 36,5. Puls 78.

29. V. Pat. steht auf.

Temp. 36,9. Puls 90.

30. V. Heute etwas saures Aufstossen.

Temp. 36,2. Puls 84.

31. V. Das Aufstossen hält an. Im Urin kein Albumen. Schmerzen in der linken Ferse.

Temp. 36,8. Puls 78.

1. VI. In der Nacht schwoll der Hodensack und das Praeputium an. Sehr gerötetes Gesicht. Keine Magenbeschwerden.

Temp. 36,5. Puls 96.

Gewicht 63,000 (+ 300).

2. VI. Das Oedem ist verschwunden. Kollern und etwas Schmerzen im Leib.

Temp. 36,7. Puls 84.

Probemahlzeit: Nach 2 Stunden Ausheberung. Menge gering, riecht nicht abnorm, gut verdaut, sieht blassrosa aus. Salzsäure = 15, Gesamtacidität = 85. Keine Milchsäure.

3. VI. Pat. klagt über sehr starke Schmerzen im Abdomen. Im Abdomen nichts besonderes zu fühlen.

Ordination: 15 Tropfen Codeinlösung, worauf sofort Besserung.

Temp. 36,2. Puls 78.

Von 4. VI. bis 9. VI. Wohlbefinden.

Gewicht 64,200 (+ 1200).

10. VI. klagt über Müdigkeit in den Beinen. Enormer Farbenwechsel im Gesicht, dabei Tränen der Augen.

Temp. 36,5. Puls 102.

11. VI. klagt über Schmerzen unter der Leber. Dieselbe ist nicht zu fühlen.

Temp. 36,8. Puls 84.

12. VI. Pat. erbrach heute morgen ca. 500 cbcm ganz trüber Flüssigkeit, worin keine freie Salzsäure nachweisbar ist. Er klagt über Schmerzen in der Gegend des Rippenwinkels unterhalb des Nabels.

Temp. 36,6. Puls 78.

13. VI. Gesicht wieder stark gerötet. Kein Schweiss, keine Schmerzen mehr unterhalb des Nabels, jedoch noch solche in der Magengegend. Etwas Kopfschmerzen in der Stirn. Urin kein Albumen.

Temp. 36,1. Puls 78.

14. VI. bis 17. VI. Wohlbefinden.

18. VI. klagt über starke Schmerzen im Magen.

Temp. 36,9. Puls 84.

19. VI. Heute abend Erbrechen von 1500 cbcm Flüssigkeit, trotzdem Pat. fast den ganzen Tag nichts genossen hatte. Keine freie Salzsäure nachweisbar.

Temp. 36,0. Puls 90.

20. VI. Starke Kopfschmerzen und grosse Mattigkeit. Gesicht wieder stark gerötet, fühlt sich nicht warm an. Kein Albumen.

Temp. 36,1. Puls 108.

21. VI. bis 25. VI. Wohlbefinden. Es wird eine Arsenkur begonnen.

26. VI. Hat Schmerzgefühl und starkes Spannungsgefühl im rechten Knie und Schwellung desselben, sodass die Konturen vollständig verschwunden sind. Pat. kann nicht auf dem Bein stehen. Zugleich trat am linken Ellen-

bogen eine Schwellung auf, die im Laufe des Tages geringer wurde. Abends trat zwischen linkem Daumen und Zeigefinger eine Schwellung auf.

Temp. 37,0. Puls 72.

26. VI. In der Nacht gut geschlafen. Heute Schmerzen in der linken Hand. Die ganze Hand und der halbe Vorderarm sehr stark geschwollen. Die Hand eher gerötet als blass. Die Schwellung ist sehr derb und fest. Dieselbe lässt sich nicht eindrücken. Die Finger sind ausserordentlich dick und können kaum bewegt werden. Auf Druck kein Schmerzgefühl. Das rechte Knie ist noch ziemlich geschwollen. Hitze und Schwellung an den befallenen Gliedern. Der Appetit wird schlechter.

Temp. 36,2. Puls 96.

27. VI. morgens: Heute nacht starke Leibschmerzen. Morgens gegen 5 Uhr Erbrechen von ca. 1000 cbcm Flüssigkeit, ohne dass Pat. abends etwas getrunken hatte. Das Erbrochene enthält keine freie Salzsäure, reagiert sauer. Die Schwellung ist etwas zurückgegangen, sowohl an der Hand als auch am Knie. Starker Durst, wenig Urin.

Temp. 36,3. Puls 125.

Abends: Etwa um 8 Uhr Erbrechen von etwa 800 cbcm Flüssigkeit, die stark gärt und sehr nach organischen Säuren riecht. Keine freie Salzsäure nachweisbar. Milchsäureprobe positiv.

28. VI. Urin enthält ziemlich viel Albumen. Am Arm noch etwas Oedem. In der Nacht gut geschlafen. Heute morgen keine Beschwerden ausser etwas Aufstossen. Nimmt heute etwas Nahrung zu sich. Die mikroskopische Untersuchung des Urins im Sediment ergibt: Sehr viel rote Blutkörperchen, etwas reichlich Leucocyten, manchmal in Haufen. Keine Nierenepithelien. Keine Zylinder. Spärlich grosse Epithelien.

29. VI. Urin enthält kein Albumen.

Gewicht 63,800 (— 400).

Temp. 36,6. Puls 84.

30. VI. Wohlbefinden.

Temp. 36,4. Puls 90.

1. VII. Im Epigastrium Schmerzen. Starke fliegende Röte im Gesicht.

Temp. 36,5. Puls 96.

2. VII. In der Nacht gut geschlafen. Beim Aufstehen bemerkt Pat. eine Schwellung am Phalango-metakarpalgelenk II und III der rechten Hand. Das Oedem ist fest, nicht eindrückbar. Im Laufe des Tages schwillt die ganze rechte Hand und der halbe Vorderarm an. Heftiges Hitzegefühl, Brennen und Zucken der Hand.

Temp. 36,8. Puls 84.

3. VII. In der Nacht gut geschlafen. Seit heute morgen Stechen im Epigastrium. Die Schwellung ist an der Hand etwas zurückgegangen, am Arm stärker geworden.

Temp. 36,3. Puls 74.

4. VII. Die Schwellungen sind ganz zurückgegangen.

Temp. 36,4. Puls 72.

I. Probefrühstück: 1 Stunde danach Ausheberung: reichliche Mengen, gut verdaut. Kein abnormer Geruch. 20 = 0,07% freie Salzsäure. 50 Gesamtacidität.

II. Probefrühstück: 2 Stunden danach Ausheberung: Normale Menge, ziemlich gut verdaut, etwas schlechter Geruch. 20 = 0,07% freie Salzsäure. 75 Gesamtacidität. Keine Milchsäure.

5. VII. Heute morgen bekam Pat. wieder heftige Schmerzen in der Magengegend. Pat. hat das Gefühl als ob ihm der Magen zusammengezogen würde. Der Appetit ist ganz schlecht. Mittags nimmt Pat. einige Löffel Suppe, worauf um 6 Uhr abends Erbrechen erfolgt. Keine freie Salzsäure. Der ganze Körper ist von einem Scharlachexanthem bedeckt. Die Leberdämpfung reicht bis zum Nabel.

Ordination: Faradisation des ganzen Leibes.

Temp. 36,3. Puls 72.

6. VII. In der Nacht erbrach Pat. viel Galle. Heute keine heftigen Schmerzen mehr, nur starkes Unbehagen im Leib.

Temp. 36,2. Puls 90.

Gewicht 62,300 (— 1500).

7. VII. Abdomen bei tiefem Palpieren schmerzhaft. Ausschlag besteht noch. Keine Beschwerden.

Temp. 37,0. Puls 120.

8. VII. Exanthem besteht noch. Leichte Empfindlichkeit und ganz deutliche Fluktuation des Abdomens.

Temp. 36,6. Puls 96.

9. VII. Leichte Druckempfindlichkeit des Abdomens.

Temp. 37,0. Puls 75.

10. VII. An der rechten Hand etwas Schwellung, die aber in wenigen Stunden verschwindet.

Temp. 36,5. Puls 90.

11. VII. Stechen in der rechten Bauchseite.

Temp. 36,8. Puls 84.

12. VII. Im Urin kein Albumen. Linke Hand etwas angeschwollen. Nachmittags Erbrechen von ca. 800 cbcm Flüssigkeit. (Pat. hatte höchstens 250 cbcm Milch getrunken). Keine freie Salzsäure. Blaues Lackmuspapier wird nicht rot, rotes bleibt rot. Urin spärlich. Kein Albumen.

Temp. 36,7. Puls 90.

Ordination: dreimal täglich 0,01 Morphium.

13. VII. Der Schlaf war gut. Urin spärlich. Kein Albumen.

Temp. 36,9. Puls 96.

14. VII. bis 20. VII. Wohlbefinden.

Gewicht 64,700 (+ 2400).

21. VII. Pat. erbrach heute mittag ca. 500 cbcm Schleim. Grünlich gefärbte Massen, die ziemlich viel Schleim und unverdaute Speisen enthielten. Enthält keine Milchsäure. Gesamtacidität 30. Sehr starke Schmerzen im Epigastrium. Schon bei leichter Berührung ausserordentliche Druckempfindlichkeit.

Temp. 36,0. Puls 102.

Ordination: dreimal täglich 8 Tropfen Opium.

22. VII. bis 26. VII. Wohlbefinden.

Erhält dreimal täglich 0,3 Thyreodintabletten.

26. VII. Auf Wunsch entlassen.

Fassen wir die Krankengeschichte kurz zusammen, so handelt es sich um einen bisher gesunden kräftigen Mann, der vor 7 Jahren harte Schwellungen am Fuss bekam mit Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerzen, Hitze im Rücken, Erbrechen. Diese Anfälle währten ein Jahr lang und traten abwechselnd an Armen und Füssen auf. Dann war er wieder gesund bis vor einem Jahre, als wieder Schwellungen auftraten. Allgemeinerscheinungen, die den Patient bettlägerig machen, künden die Oedeme an und begleiten dieselben, die öfters auftreten und sehr verschieden lokalisiert sind.

Was die Diagnose in diesem Falle betrifft, so ist das Zusammentreffen nervöser Erscheinungen mit dem Oedem für das akute circumscripte Oedem charakteristisch. Man kann sich zu dieser Diagnose umso eher entschliessen, als jede organische Erkrankung hier ausgeschlossen ist. Irgendwelche ätiologischen Momente liegen nicht vor. Eine psychische Erregung, die die Erkrankung ausgelöst habe, kam nicht vorausgegangen. Irgendwelche hysterische Anzeichen, die vielleicht zur Diagnose von Charcots „oedème bleue bei Hysterischen“ führen könnte, sind nicht vorhanden. Weiterhin soll die Lues bei ähnlichen Krankheitserscheinungen verhältnismässig, wie Tschirkoff dargetan hat, eine Rolle spielen. In diesem Falle ist weder Lues in der Vorgeschichte, noch sind Anzeichen derselben zu erruieren. Auch magen- oder darmkrank ist Pat. früher nie gewesen, worauf vielleicht die Krankheit zurückgeführt werden könnte. Potatorium und Abusum Nicotinae negiert ebenfalls der Pat. So bleibt nichts übrig als anzunehmen, dass in diesem Falle das prädisponierende Moment durch irgendwelche unbekannte Gelegenheitsursache ausgelöst worden ist. Die Attacken sind ausserordentlich typisch und gleichen sehr den Fällen, die 1882 Quincke zum ersten Mal publiziert hat. Den Anfällen gehen bestimmte Anzeichen voraus, nach denen meist ganz sicher eine Attacke eintritt. Die Prodromalerscheinungen erinnern sehr an die der Epilepsie, bei der die sensible Aura, die oft von der epigastrischen Gegend ausgeht, mit Uebelkeit und Schmerzen beginnt,

und man kann vielleicht auch diese Prodromalerscheinungen bei dem circumscripten Oedem als „Aura“ bezeichnen.

Im vorliegenden Falle sind zwei Prodromalerscheinungen, die besonders auffallen. Das Hitzegefühl im Rücken, welcher sich wirklich wärmer anfühlt, als die übrige Körperoberfläche, zeigt meistens an, dass Oedem der Körperoberfläche folgt, während die Schmerzen im Epigastrium gastro-intestinale Störungen folgen lassen. Die Anfälle selbst bestehen im Auftreten von teils circumscripten, teils diffusen Schwellungen des Gesichts, der Ertremitäten, Geschlechtsteile und in Störungen verschiedener Organe. Die Oedeme sind fest, nicht eindrückbar und bedingen ein Spannungsgefühl, das Biegen z. B. der Finger nicht zulässt. Dieselben Oedeme kommen geradezu angeflogen und verschwinden ebenso rasch, oder bleiben einige Zeit bestehen. Höchst auffallend sind die Erscheinungen seitens des Magens und des Darms. Nach Prodromalerscheinungen erfolgt öfters Erbrechen grosser Massen Flüssigkeit. Es fällt besonders auf, dass Pat. öfters nur wenig vorher getrunken hat und trotzdem hauptsächlich das Erbrechen aus Flüssigkeit besteht.

Wie ist nun diese Erscheinung aufzufassen?

Quincke führt die Erscheinungen auf Schwellung des Magens zurück. Strübing hat festgestellt, dass kein Serumeiweiss, das für Oedem sprechen würde, im Erbrochenen vorhanden sei. Im Erbrochenen dieses Kranken konnte niemals freie Salzsäure nachgewiesen werden, während, wie aus der Zusammenstellung ersichtlich, nach jeder Probemahlzeit eine sehr hohe Gesamtacidität, aber ohne HCl nachgewiesen werden.

Es dürfte demnach gesteigerte Schleimsekretion die grosse Menge des Erbrochenen verursachen.

Erbrochenes:			Durch Ausheberung nach Probemahlzeit gewonnen:		
Menge cbcm	Reaktion	freie Salzsäure	Zeit der Ausheberung	freie Salzsäure	Gesamtacidität
700	schwach sauer	keine	1 Std.	0,0365 %	40
500		„	2½ „	keine freie Salzsäure	75
1200		„	2½ „	15	85
500		„	1 „	0,07 %	50
1500		„	2 „	0,07 %	75
1000	sauer	„			
800		„ Milchsäure pos.			
—		„			
800	alkalisch	„			
500		„			

Als eine ganz merkwürdige Erscheinung stellt sich die fliegende Röte im Gesicht des Kranken dar, die ein vollkommenes Farbenspiel im Gesicht beobachten lässt. Diese Röte kündet teils Anfälle an, teils erscheint sie auch während der Anfälle. Ich habe die Erscheinung bei dieser Krankheit in der Literatur noch nicht beschrieben gefunden und halte gerade dieses Symptom für einen wertvollen Fingerzeig für die Pathogenese der Krankheit, indem dieses plötzliche Kommen und Verschwinden der Scharlachröte mit aller Wahrscheinlichkeit auf nervöse Ursache hinweist. Diese Scharlachröte bedeckte auch eine Zeit lang den ganzen Körper und verschwand erst nach einigen Tagen. Es bestand kein Jucken und es erfolgte keine Abschuppung und bestätigt dies wohl die Differentialdiagnose gegen akute Dermatose.

Im Anschlusse daran möchte ich noch eines andern Symptoms gedenken, das bei dem Kranken auffällt, nämlich das Tränen der Augen. Strübing führt die Magenerscheinungen auf eine Erregung des abdominellen Sympathikus zurück. Ich möchte die Vermutung aussprechen, dass das zeitweise beständige Tränen vielleicht auf eine Erregung des Halssympathikus zurückzuführen sei und so

der Sympathikus eine Hauptrolle beim Zustandekommen dieser verschiedenen Erscheinungen spielt. Der Urin war bis auf einen Tag stets albumenfrei. Wie diese eintägige Albumerie aufzufassen, werde ich später ausführen. Die Temperatur blieb immer subfebril.

Der Kranke wurde versuchsweise mit den verschiedensten Mitteln, indem man auf einzelne Symptome einging, behandelt. Heisse Umschläge und Codeïn verminderten die Schmerzen. Eine Arsenkur hatte keinen Erfolg. Morphium und Opium wurde ebenfalls angewandt. Die Elektrizität liess ebenfalls im Stich. Die Wirkung der Thyreoidintabletten konnte nicht beobachtet werden, da der Kranke zu früh aus der Behandlung trat.

Wie schon Quincke 1882 als der Erste, der das Krankheitsbild des circumscripten neurotischen Oedems beschrieb, für dasselbe nervöse Ursache annahm, so hat diese Annahme seit dieser Zeit durch kasuistische Beiträge immer mehr an Sicherheit gewonnen. Doch dem ganzen Wesen der Krankheit ist man nicht viel näher gekommen, auch nicht durch die grössere klinische Kasuistik, wie Küssner hoffte. Quincke spricht die Vermutung aus, dass es sich um eine Autointoxikation vom Darm aus handelt und nimmt eine unter Nerveneinfluss stehende Aenderung der Transudationsfähigkeiten der Gefässwand an, da die Oedeme sich durch den Ausfall rein motorischer Einflüsse nicht erklären lassen. Strübing zeigte, dass oft Schwellungen als reaktive Erscheinung nach Einwirkung äusserer Schädlichkeiten, nach Traumen der verschiedensten Art entstehen und zwar werden relativ geringe Reize, welche die Haut treffen, mit einer starken Schwellung derselben beantwortet. Strübing supponierte bei Einwirkung relativ geringer Reize eine Alteration der Gefässwand, wie es Cohnheim bei hydrämischer Blutbeschaffenheit gezeigt hat, durch welche die Durchlässigkeit derselben in abnormer Weise gesteigert wird. Diese Veränderung in der Funktion der Gefässwände kann aber beim akuten Oedem nur herbeigeführt werden durch nervöse Einflüsse. Das Experiment hat bisher über direkten Nerveneinfluss auf die Transudation wenig Aus-

kunft zu geben vermocht. Cohnheim schildert einen Versuch von Ostroumoff, der zeigt, dass die Nerven auf die Funktion der Gefässwand einwirken, ihre Durchlässigkeit steigern und somit ganz direkt in den Vorgang der Transudation einzugreifen vermögen: „Wenn man bei einem Hunde den peripheren Stumpf des durchschnittenen Lingualis durch Induktionsströme in allmählich wachsender Stärke eine Zeit lang reizt, so gesellt sich zu den rasch eintretenden gewaltigen Hyperämien ein ausgesprochenes Oedem, welches etwa 10 Minuten nach Beginn der Reizung für das blosse Auge erkennbar wird und von da ab in den nächsten 20 Minuten kontinuierlich bis zu einer sehr ansehnlichen Stärke anwächst.“ Hier ist der direkte nervöse Einfluss evident. Das Experiment lässt es am wahrscheinlichsten erscheinen, dass das Wesen des akuten Oedems in einer pathologisch veränderten und zwar gesteigerten Erregbarkeit der Dilatatoren zu suchen sei. Strübing glaubt nicht, dass durch die Annahme eines Oedems der Magen- und Darmschleimhaut das Bild der Anfälle völlig erklärt wird. Der gesamte sonstige Symptomenkomplex (Stuhlverstopfung, Einziehung des Abdomens) lassen vermuten, dass noch andre Einflüsse mit im Spiele sind. Er suchte durch chemische Untersuchung des Erbrochenen festzustellen, ob es quantitativ oder qualitativ pathologisch veränderten Magensaft oder Serumeiweiss enthielt. In letzterem Falle würde der Befund für Oedem sprechen. Die Untersuchung ergab kein Serumeiweiss. Strübing führt die Erscheinungen zurück auf einen pathologischen Erregungszustand des abdominellen Sympathikus und nach Kontraktion der Därme zu schliessen auch des Plexus myentericus. Die verringerte Harnmenge führt er auf eine Reizung des Splanchnikus, die Kontraktion der Nierenarterie zur Folge hat, zurück. Die Albuminurie ist der Ausdruck von leichten Ernährungsstörungen, welche die Epithelien der geraden Harnkanälchen infolge hochgradiger Zirkulationsstörungen erlitten haben. Schlesinger spricht die Vermutung aus, dass das plötzliche Versiegen der Harnsekretion und das Auftreten vorübergehender Albuminurie mit mitunter sich einstellenden ödema-

tösen Zuständen im Bereich der Nieren in Zusammenhang gebracht werden könne.

Für reine Angioneurose nimmt Unna an, dass jedes Missverhältnis in den Kontraktionszuständen der Hautarterien und Hautvenen, welches die auf dem Venenwege zurückkehrende Blutmenge einschränkt, zu einem spastischen Oedem führt und gliedert die angioneurotischen Dermatosen als Untergruppe der Zirkulationsstörungen der Haut ein, die charakterisiert sind durch eine abnorm starke, muskulöse Reizbarkeit. Die ätiologischen Momente besonders machen die Entstehung des Hautödems als Angioneurose wohl unbestritten. Vor allem sind es psychische Momente, die oft Attacken auslösen. Derartige Fälle sind von Schlesinger, Strübing, G. Müller und Fossberg beschrieben. Von Krankheiten, die zu dem circumscripten Oedem disponieren, ist es besonders die Lues. Tschirkoff teilt 7 Fälle mit, von denen 5 luetisch waren. Bei der Basedow'schen Krankheit sieht man oft Oedeme auftreten und hielt sie früher für ein besonderes Krankheitssymptom. Die Untersuchungen von Millard, Maude, Moebius, Ramsay, Stiller haben gezeigt, dass man in diesen Fällen mit circumscriptem Oedem zu tun hat, dessen Auftreten bei Basedow'scher Krankheit ziemlich häufig ist. Französische Autoren, wie besonders Fréséol, Palle, Desnos lenkten die Aufmerksamkeit auf den Rheumatismus und die harnsaure Diathese, die recht häufig Attacken auslösen. Die verschiedensten Nervenerkrankungen prädisponieren in besonderem Masse wie Neurasthenie, Hysterie, Ischias. E. Wagner beobachtete einen Fall von Oedem, das in Verbindung mit Supraorbitalneuralgie auftrat. Oppenheim beschreibt einen Fall, bei dem akutes, umschriebenes Oedem, besonders der Augenlider, nach geringer Einnahme von Alkohol auftrat. Dass die Oedeme in naher Beziehung zur Menstruation und Klimakterium stehen, hat Börner an der Hand von Fällen den Nachweis geführt. Auch bei Obstipation hat man Oedeme entstehen sehen.

Das Krankheitsbild dieses Leidens ist recht verschieden, sowohl hinsichtlich des Krankheitszustandes des Patienten

als auch hinsichtlich des objektiven Befundes. In vielen Fällen fühlt sich der Patient kaum krank und hat wenig Beschwerden, in anderen, besonders bei Befallenwerden des Larynx oder des Intestinaltraktus können schwere, lebensgefährliche Zustände auftreten. Meist pflegen grosse Müdigkeit, Abgeschlagenheit die Attacken zu begleiten und es leidet die Psyche der Kranken nicht nur während der Anfälle, sondern künden Depressionszustände solche oft gerade an. Fieber ist nur ganz selten beobachtet worden. Das Charakteristische der Krankheit ist das Auftreten von Schwellungen der Haut der verschiedensten Körperteile und sehr oft der Schleimhäute. Doch kommen auch Varietäten vor. Rabitsch-Bey führt 2 Fälle akuten Hautödems mit hirsekorngrossen, mit Serum gefüllten, in unregelmässigen Haufen gruppierten Bläschen an. Das Zusammentreffen mit Urticaria betonen Quincke, Dinkelacker, Rapin. Von Bregmann wurde ein Fall von Oedem mit Ecchymosen erwähnt. Neuerdings haben Quincke und Gross die interessante Tatsache festgestellt, dass auch die tieferen Bindegewebsschichten (Periost) sich am Oedem beteiligen können. Das Oedem kann alle Körperteile befallen und zwar manchmal nur circumscripte Stellen, dann wieder halbe Extremitäten. Besonders häufig wird das Gesicht und die Augenlider ergriffen und die letzteren wieder besonders häufig bei Morbus Basedowii. Ganz besondere Bedeutung gewinnen die Schwellungen der Schleimhäute. Quincke und Gross haben in neuester Zeit wieder Fälle beschrieben mit Schwellungen des Rachens und Kehlkopfeingangs, nachdem schon Quincke in seiner ersten Veröffentlichung und andere Autoren, wie Rapin, Fossberg, Joseph, Strübing, Osler derartige Fälle bekannt gemacht und die lebensgefährlichen Folgen derselben dargetan haben. In der Regel findet sich im Urin kein Albumen, was differentialdiagnostisch wichtig ist. Allerdings wurde auch in unzweifelhaften Fällen von circumscriptem Oedem wie auch in dem beschriebenen Falle Albumen kürzere oder längere Zeit festgestellt.

Die häufigste Miterkrankung ist die des Magen-Darmkanals. Ich habe schon bei der Besprechung des Falles bemerkt, dass Magenschmerzen zu den hauptsächlichsten Prodromalerscheinungen gehören und nach diesen fast immer Erscheinungen seitens des Intestinaltraktus erfolgen. Dieselben stellen sich hinsichtlich ihrer Intensität recht verschieden dar. In Strübings Fall nahm das Erbrechen lebensgefährliche Intensität an. Starke Druckempfindlichkeit, Schmerzhaftigkeit, Spannungsgefühl und Appetitlosigkeit begleiten das Erbrechen, das fast stets die Hauptrolle spielt. Es ist klar, dass gerade die Erscheinungen seitens des Magen-Darmtraktus besonders oft die Veranlassung dazu sind, dass die Patienten herunterkommen und stark an Gewicht abnehmen. Die Beteiligung des Darmtraktus dokumentiert sich in vielen Fällen durch Obstipation oder Durchfälle. Die Beteiligung des Herzens ist selten beobachtet worden und vielleicht ein zufälliges Znsammentreffen. Jolly hat einen Fall veröffentlicht, bei dem ein akutes Oedem an der Portio vaginalis auftrat und rechnet dies zu den angioneurotischen Oedemen. Auf Grund verschiedener Beobachtungen (Quincke, Strübing, Valentin, Osler) kann man Erblichkeit als sicher annehmen. Ricochon beobachtete an 3 Generationen einer Familie das Auftreten dieser Krankheit, Schlesinger in 4 Generationen an 5 Mitgliedern. Osler an 5 Generationen.

Liegen ätiologische Momente vor, so kann die Prognose quoad restitutionem günstig gestellt werden. Ungünstig sind solche Fälle, bei denen das Leiden ohne irgendwelche etwaigen ursächlichen Momente auftritt. Hinsichtlich der Dauer der Krankheit sind die grössten Verschiedenheiten für dieselbe typisch.

In Bezug auf die Auswahl der therapeutischen Mittel kann man sich wohl ganz und gar der Empfehlung Börners anschliessen, der die Behandlung nach ätiologischen Gesichtspunkten anrät. Bei Tschirkoffs luetischen Fällen hatten Jod und Quecksilber „des résultats brillants“. Völlige Abstinenz vom Alkohol heilte Oppenheimers Fall. Nach Heilung nervöser Grundleiden verschwanden auch die Oedeme.

In der Annahme, dass vielleicht abnorme Zersetzung im Magen-Darmkanal das Zustandekommen der Anfälle erleichterte, gab man Menthol (Schlesinger). Als Allgemeinbehandlung empfahl Quincke Regelung der Lebensweise, zumal der Verdauung. Der Anfall selbst solle durch Ruhe, Fussbäder, Ableitung auf den Darm gekürzt werden. Von Atropin sah Quincke gute Wirkung. Larynxödem erfordert energisches Eingreifen, wie Skarifikationen.

Herrn Professor Dr. Hugo Starck bin ich für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit zu grösstem Danke verpflichtet.

Literatur-Verzeichnis.

Banke: Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 6.
Bregmann: Wien. med. Woch. 1895, No. 44.
Courtois Suffit: Annales de Dermatol. et Syphiligr. 1889, No. 11.
Galatti: Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 15.
Jolly: Ztschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, 52. Bd., Heft 3.
Küssener: Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 16.
Moebius: Spez. Pathologie u. Therapie herausgegeben v. Nothnagel.
Oppenheimer: Dtsch. med. Woch. 1896, No. 3.
Quincke: Monatshefte f. prakt. Dermatologie.
Quincke & Gross: Dtsch. med. Woch. 1904, No. 2.
Rabitsch: Wien. med. Woch. 1896, No. 15.
H. Schlesinger: Wien. klin. Woch. 1898.
H. Schlesinger: Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, I. Bd., No. 5.
Stiller: Wien. med. Woch. 1888.
Strübing: Ztschr. f. klin. Medizin, Bd. IX.
Tschirkoff: Revue de Médecine 1895, No. 8.
Unna: Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1890, No. 10.
Valentin: Berl. klin. Woch. 1895, No. 10.

Lebenslauf.

Ich Karl Beck, katholischer Religion, bin geboren am 4. März 1880 zu Bonndorf als Sohn des Oberamtmann Beck. Ich besuchte das Gymnasium zu Rastatt, das Realgymnasium zu Mannheim und die Universitäten Heidelberg, München, Strassburg i. E., Berlin. Im Sommersemester 1905 bestand ich zu Heidelberg das Staatsexamen. Seit dem 1. Oktober 1905 befinde ich mich an dem German Hospital zu London zur Ableistung des praktischen Jahres.